

Solicitud de Evaluación Médica Independiente

DATOS PERSONALES

Nombre _____ Inicial 2° nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

HMO o Plan de Salud _____ N° de miembro _____ Número del Seguro Social _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____ E-Mail _____

(Si este formulario lo está llenando el representante del inscrito, proporcione en una hoja separada la información necesaria para ponerse en contacto con usted.)

- ¿Es beneficiario de Medi-Cal? **SÍ NO** (marque uno)
- ¿Es beneficiario de Medicare? **SÍ NO** (marque uno)
- ¿Ha participado en el proceso para efectuar reclamos de su HMO o Plan de Salud? **SÍ NO** (marque uno)

SU CONDICIÓN

(Si necesita más espacio para llenar esta sección, continúe en una hoja separada. Adjunte también todos los documentos pertinentes.)

- Proporcione una breve descripción de su condición médica o diagnóstico _____
- ¿Qué tipo de tratamiento médico o servicio está solicitando? _____
- ¿Cómo le gustaría que se resuelva este caso? _____
- ¿Sufre de una condición que pone en grave peligro su estado de salud? **SÍ NO Si SÍ, explique** _____
- ¿Por qué le negó, modificó o demoró el servicio, tratamiento o reembolso de cuidado de emergencia su HMO o Plan de Salud? (marque una de las siguientes opciones)
_____ No era médicamente necesario _____ Experimental o de investigación Otra: _____

Indique los nombres de los médicos que lo han tratado por esta condición. Adjunte la información necesaria para ponerse en contacto con ellos e indique si pertenecen o no a su red de HMO o Plan de Salud. (Si no hay espacio suficiente, continúe en una hoja separada.)

Por la presente solicito una Evaluación Médica Independiente para resolver mi disputa con el Plan de Salud. Autorizo la revelación de todos mis registros médicos e información de cualquier tipo que esté relacionada con el alcance de esta autorización, entre ella mi historial médico, de salud mental, de abuso de drogas o alcohol, de antecedentes de VIH, informes de imágenes radiográficas y cualquier otro tipo de información no documentada, así como los expedientes e información no médica que sea pertinente. Esta autorización permite la revelación de los registros médicos por parte de todos los proveedores médicos, el Plan de Salud del inscrito, el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California y sus asesores, y cualquier organización de evaluación médica independiente, o sus examinadores, autorizada por el Departamento de Atención de la Salud Administrada para analizar reclamos relacionados con los servicios de salud. Se autoriza la revelación y divulgación de los registros médicos sólo en la medida en que dichas personas o entidades lo consideren necesario para realizar el análisis de los reclamos mencionados. Esta autorización vencerá un año después de la fecha indicada más abajo, con excepción del uso interno de los registros médicos por parte del Departamento o de otros usos permitidos por la ley. Esta fecha de vencimiento se aplicará a toda la información que forme parte de esta autorización y que no hubiera sido liberada previamente. Esta autorización puede ser revocada o cancelada en cualquier momento. La revocación o cancelación cubrirá toda la información que forme parte de esta autorización y que no hubiera sido revelada previamente conforme a esta autorización. Certifico que la información proporcionada es exacta y veraz.

Firma del inscrito _____

Fecha _____

valuación Médica Independiente Instrucciones para Llenar la Solicitud

Gracias por ponerse en contacto con el Departamento de Atención de la Salud Administrada respecto a la cobertura que fue rechazada por su HMO. Sabemos que está pasando por un momento difícil y estamos dispuestos a ayudarlo.

- Nuestro procedimiento de Evaluación Médica Independiente lo puede ayudar si su HMO le negó, demoró o modificó el tratamiento o la provisión de servicios porque su HMO declaró que no era médicamente necesario o era experimental. También le podemos ayudar si su HMO le negó el reembolso de servicios de urgencia o de emergencia.
- Bajo el procedimiento de Evaluación Médica Independiente, uno o más médicos independientes determinarán quién tiene razón, y su decisión deberá ser respetada por el HMO.
- **¡No tiene que pagar nada por esta evaluación!**
- Debe saber que si no solicita una Evaluación Médica Independiente es posible que pierda otros derechos legales para tomar acción jurídica contra su HMO respecto a la provisión de servicios de salud en disputa. Su solicitud puede ser rechazada si no la envía dentro de un plazo de seis meses después de haber recibido la notificación de rechazo de cobertura del servicio de salud.

LA SOLICITUD

- Llene la solicitud de la manera más completa y exacta posible. Le recomendamos que adjunte hojas adicionales si fuera necesario para explicar y/o describir la situación y el desacuerdo con su HMO. Indique en las hojas adicionales la sección del formulario a que está haciendo referencia.
- Le recomendamos que envíe también documentación e información adicional relacionada con el rechazo de cobertura por parte de su Plan de Salud, o que usted considere pertinente para su situación. **Envíe fotocopias, ya que los originales no le serán devueltos.**
- Es posible que le solicitemos a su HMO los registros médicos pertinentes.
- Al describir su condición médica, indique el diagnóstico que le dio su médico, como por ejemplo diabetes, cáncer o derrame cerebral. Denos el nombre del servicio o tratamiento médico que le negaron, o descríbalos lo mejor que pueda. Si puede, adjunte una copia de la carta de rechazo que le envió su HMO.
- Al indicar los médicos que le atendieron, indique todos aquellos que lo han visto o tratado por su condición, aquellos a los que les solicitó servicio o tratamiento médico, y aquellos que le recomendaron o estaban en contra del servicio médico o tratamiento. Identifique también a su médico personal o su proveedor de atención primaria. Indique los nombres de todos los médicos que lo hayan examinado y que le hayan recomendado el servicio o tratamiento médico. Indique si dichos médicos forman o parte o no de la red de proveedores de su HMO.

**Aviso Requerido por
la Ley de Prácticas para el Manejo de Información de 1977
(Sección 1798.17 del Código Civil de California)**

- a) La información solicitada por los formularios que se adjuntan a este aviso es requerida por el Centro de Ayuda HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud del Estado de California HMO.
- b) El Gerente Administrativo, 980 9th Street, Sacramento, CA 95814-2725, teléfono (916) 327-7659, es responsable por el mantenimiento de los expedientes y deberá, bajo pedido, informar a los individuos interesados dónde están ubicados los expedientes del Departamento de Atención Administrada de la Salud y qué categorías de personas utilizan la información contenida en los mismos.
- c) Los expedientes del Departamento de Atención Administrada de la Salud se mantienen de acuerdo a uno o más de los siguientes estatutos: secciones 1344, 1351, 1351.1, 1352, 1353, 1368(b), 1368.02 y 1384 del Código de Salud y Seguridad.
- d) La entrega de cualquier información solicitada es voluntaria.
- e) Si no proporciona la información solicitada por el formulario adjunto, ya sea en todo o en parte, el Centro de Ayuda HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud podrá verse impedido de examinar su reclamo.
- f) La información solicitada será utilizada principalmente por el Departamento de Atención Administrada de la Salud como parte de un proceso para establecer: (1) si se debe otorgar, denegar, revocar o limitar de cualquier manera una licencia, calificación, registro u otro tipo de autorización; (2) si las empresas o individuos licenciados o regulados por el Departamento de Atención Administrada de la Salud se están comportando de acuerdo a las leyes correspondientes; y/o (3) si las leyes administradas por el Departamento de Atención Administrada de la Salud están siendo o han sido violadas y si corresponde tomar una acción administrativa o civil, o si se debe referir el caso a las agencias reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o municipales.
- g) Cualquier divulgación conocida o potencial de la información conforme a la subdivisión (e) o (f) de la sección 1798.24 del Código Civil puede incluir también su transferencia a agencias reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o municipales.
- h) Sujeto a ciertas excepciones o exenciones, la Ley de Prácticas para el Manejo de Información otorga a un individuo el derecho a acceder información personal relacionada con el individuo solicitante, la cual debe ser mantenida por el Departamento de Atención Administrada de la Salud. No obstante, la sección 6254 del Código de Gobierno estipula que los expedientes de reclamos o investigaciones llevadas a cabo por el Departamento de Atención Administrada de la Salud están exentas de divulgación, con excepción de lo exigido por ley.

Además, la sección 1040 del Código de Evidencia dispone un privilegio contra la divulgación de información oficial en casos en que la corte establezca que la necesidad de mantener la confidencialidad excede el interés público en divulgarla.